

6か月以上3歳未満	3歳以上13歳未満	13歳以上18歳相当	妊婦	生活保護
該当の回数に○ (1回目 ・ 2回目)		診察前の体温	度 分	
住 所	足寄町			
ふりがな		男 女	生年 月日	昭和・平成・令和 (満 歳 年 月 日生 カ月)
受ける人の氏名				
保護者の氏名				
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について裏面の説明文を読み、理解しましたか		は	い	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的に ()		は	い	いいえ
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()		は	い	いいえ
治療(投薬など)を受けていますか		は	い	いいえ
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか		は	い	いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名 ()		は	い	いいえ
生まれてからこれまでに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症などにかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名 ()		は	い	いいえ
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか		は	い	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか		は	い	いいえ
これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃		は	い	いいえ
そのとき熱はでましたか		は	い	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品の名前 () ・ () 歳頃		は	い	いいえ
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか		は	い	いいえ
予防接種名・症状 ()		は	い	いいえ
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか		は	い	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()		は	い	いいえ
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか		は	い	いいえ
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 出産時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか		は	い	いいえ
具体的に ()		は	い	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか		は	い	いいえ
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印			

太線の中を黒のボールペンで記入して下さい。

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日		
Lot No.	皮下接種 □ 0.25ml □ 0.5ml	実 施 場 所	医 師 名	接 種 年 月 日
				令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書・助成申請書

(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

インフルエンザ予防接種の助成申請をします。また、助成金の受領を実施医療機関に委任します。

このことを理解の上、本予診票が町に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 本人(又は保護者)署名

『インフルエンザと予防接種について』

あなたの接種予定日は

月 日 () です

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、表面の予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態を良く把握している保護者がご記入下さい。

1. 季節性インフルエンザとは

急性呼吸器性感染症で、発熱、悪寒、頭痛、筋肉痛などの全身症状が突然あらわれます。

潜伏期は24～72時間です。呼吸器症状は遅れて出現することが多く、鼻閉、咽頭痛、せきなどです。合併症がなければ2～7日で治癒します。合併症、特に肺炎や脳症を併発した場合は重篤となります。

2. 予防接種の効果と副反応

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一般的な副反応としては、まれに接種直後から数日中に、発疹、じんましん、紅斑、かゆみがあられることがあります。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感等を認めることがありますが、通常2～3日中に消失します。

また、赤みを帯びたり、腫れたり、痛みを認めることがありますが、通常2～3日中に消失します。

強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性が有りますので必ず医師に申し出てください。

重篤な副反応としては、まれにショック、アナフィラキシー（じんましん、呼吸困難）が現れることがあり、その他ギラン・バレー症候群、けいれん、脳炎・脳症、脊髄炎、視神経炎、肝機能障害、黄疸、喘息発作などの報告があります。このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出てください。

3. 予防接種を受けることができない人

- ①明らかに発熱のある人（37.5℃を越える場合）
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- ③過去にインフルエンザ予防接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人
- ④その他、医師が不適当な状態と判断した場合です

※上記①～③に入らなくても医師が接種不相当と判断した時は接種できません。

4. 予防接種を受けるに際し、担当医師とよく相談しなくてはならない人

- ①心臓病、腎臓（じんぞう）病、肝臓病や血液、その他慢性の病気で治療を受けている人
- ②予防接種を受け、2日以内に発熱、発疹、じんましんなどアレルギーを思わす症状がみられた人
- ③過去にけいれんの既往のある人
- ④過去に本人や近親者で免疫不全の診断がなされている人
- ⑤間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患のある人
- ⑥薬の投与又は食事（ニワトリの卵や肉など）にアレルギーを呈するおそれのある人

予防接種を受ける前に

インフルエンザの予防接種について、有効性や副反応についてよく理解しましょう。

気にかかることや分からないことがあれば、予防接種を受ける前に担当の医師や看護師、役場保健師に確認してください。

※子ども等のインフルエンザ予防接種は、予防接種法に基づかない任意接種となります。

★お問い合わせ先～役場福祉課 保健推進担当 (0156) - 25 - 2571